

## Respuestas a sus preguntas sobre la revisión de utilización

La revisión de utilización (UR) es el proceso utilizado por empleadores y compañías de seguros para revisar el tratamiento y determinar si es medicamente necesario.

Todos los empleadores o aseguranzas a cargo de reclamos de compensación para trabajadores están obligados por ley a tener un programa de revisión de utilización. Este programa se usará para determinar si el tratamiento médico recomendado por su médico será aprobado.

**P: ¿Cuáles son las pautas de tratamiento médico establecidas por el estado?**

R: Las pautas de tratamiento presentan tratamientos que han sido científicamente comprobados a curar o aliviar lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. También tratan con la frecuencia que el tratamiento debe ser administrado y por cuanto tiempo, entre otras cosas. El estado de California actualmente está usando las pautas del Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM), 2da edición.

**P: ¿Dónde puedo ver las pautas del ACOEM?**

R: Copias de las pautas del ACOEM pueden ser revisadas en la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores o sea la Corte de Compensación para Trabajadores. También están disponibles en muchas librerías de leyes, librerías universitarias y librerías públicas.

**P: ¿Qué pasa si el tratamiento recomendado por mi médico no está de acuerdo con las pautas del ACOEM?**

R: Su médico necesitará usar otras pautas que tengan una base científica y que sean reconocidas nacionalmente en la comunidad médica para respaldar el tratamiento recomendado.

**P: ¿Mi caso ya finalizó y fuí otorgado tratamiento médico para mi lesión. Tengo una copia del fallo. La revisión de utilización aplica a mí?**

R: Sí. La ley requiere que la revisión de utilización que tomó efecto el 1º de enero 2004 aplique a todo tratamiento proporcionado, aun si su fallo o finalización fué antes del 1º de enero 2004.

**P: ¿Quién puede evaluar el tratamiento médico recomendado por mi médico?**

R: Cualquier persona a cargo de un reclamo puede **aprobar** o **autorizar** el tratamiento recomendado por su médico. Sin embargo la decisión de **negar** o **cambiar** el tratamiento solo puede ser hecha por un médico que tenga conocimiento del tipo de lesión o enfermedad que Ud. tenga y el tratamiento siendo recomendado.

**P: ¿Qué pasa cuando mi médico recomienda algún tratamiento y la aseguranza hace una revisión de utilización?**

R: La aseguranza debe de hacer la revisión y hacer una decisión dentro de cinco (5) días a partir de que su médico pide la autorización del tratamiento. Si necesita más tiempo, la aseguranza puede tomar hasta 14 días. Esto se llama "revisión prospectiva" porque se hace antes que obtenga el tratamiento.

**P: ¿Qué pasa cuando mi médico ya proporcionó el tratamiento médico y la aseguranza decide hacer una revisión de utilización?**

R: La revisión y decisión tiene que ser hecha y dada a su médico dentro de 30 días. Esto se llama "revisión retrospectiva".

**P: ¿Qué pasa si obtuve tratamiento que la aseguranza dice no va a pagar? Tengo que pagarlo?**

R: Generalmente no. Este es un problema que su médico y la aseguranza tiene que tratar de resolver.

**P: ¿Qué pasa si mi médico pide algún tratamiento mientras estoy hospitalizado?**

R: A no ser que su médico haya pedido una "revisión apresurada", el proceso de revisión y los plazos de tiempo son igual a los de la "revisión prospectiva". Esto se llama "revisión concurrente" porque la revisión está siendo hecha cuando está recibiendo tratamiento.

**P: ¿Qué es una revisión apresurada?**

R: Esto ocurre cuando su médico recomienda tratamiento e indica que Ud. enfrenta serio peligro a su salud si no lo recibe. Esto puede significar posible pérdida de vida, extremidad, u otra función corporal mayor. También puede significar que los términos normales para hacer una decisión podría dañar su vida o salud o podría poner permanentemente en riesgo su habilidad para recuperarse completamente.

**P: ¿Cuánto tiempo toma una revisión apresurada?**

R: La aseguradora tiene 72 horas a partir de cuando reciben la información para hacer la decisión. Si su condición es tan seria que 72 horas es demasiado tiempo, tienen que hacer la decisión más pronto.

**P: ¿Puede parar mi tratamiento la aseguradora si estoy hospitalizado?**

R: La aseguradora no puede parar el tratamiento recomendado por su médico hasta que hablen con su médico y lleguen a un acuerdo con su médico sobre un plan de tratamiento. Esto aplica a cualquier revisión concurrente.

**P: ¿Me informará la aseguradora si decide cambiar, demorar o negar el tratamiento recomendado por mi médico?**

R: Sí. La aseguradora tiene que informarle a Ud. y a su médico por escrito porque están cambiando, demorando o negando el tratamiento.

**P: ¿Qué tal si no estoy de acuerdo con la decisión de la aseguradora?**

R: Hay específicos y estrictos plazos de tiempo que tiene que cumplir o si no puede perder importantes derechos. Tiene que hacer una objeción a la decisión dentro de 20 días de recibirla. Después de hacer esto, la aseguradora le proporcionará el formulario para pedir una lista de Evaluadores Médicos Calificados (QME) a la Unidad Médica de la División estatal de Compensación para Trabajadores. La División estatal de Compensación para Trabajadores está escribiendo más información sobre el tema de las listas de Evaluadores Médicos Calificados (QME). Puede hablar con un Oficial de Información y Asistencia para más información.

**P: ¿Hay alguna manera de que la revisión de utilización vaya sin ningún problema?**

R: La revisión de utilización trabaja mejor cuando su médico se mantiene en contacto con el médico de la aseguradora durante todo el proceso. Su médico tiene que indicar la razones por el tratamiento cuando pide la autorización por el tratamiento. Y si el médico de la aseguradora pide información adicional, su médico debe responder.

**P: ¿Si he completado el proceso del QME y la aseguradora todavía está negando el tratamiento, qué hago?**

R: Tendrá que ver un juez de la corte de compensación para trabajadores para resolver el desacuerdo. Archive una declaración de prontitud a proseguir con su caso para expedir la audición y decisión. Si no tiene un caso establecido en su corte local tendrá que archivar una aplicación de adjudicación (guía #10) que establece un caso en la corte.

**P: ¿Qué tal si más de 14 días han pasado desde que mi médico pidió autorización por algún tratamiento y no hemos escuchado o recibido algo de parte de la aseguradora?**

R: Si su médico no ha podido obtener alguna respuesta de la aseguradora, archive una declaración de prontitud a proseguir con su caso para expedir la audición y decisión. Por favor vea la respuesta previa para más detalles.

Si necesita algún otro guía de Información y Asistencia o ayuda, comuníquese con la oficina de Información y Asistencia o vaya a un taller para trabajadores lesionados. Los números de teléfono de las oficinas locales de Información y Asistencia están adjunto. También puede recibir información acerca de los talleres y descargar guías del Web de [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc).

La información contenida en esta hoja de información es general y no está destinada a substituir por asesoramiento legal. Cambios en la ley o factores específicos de su caso puede resultar en una interpretación legal diferente a la que está presentada aquí.